

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES COXITES SÈCHES

AVEC

subluxation progressive de la tête fémorale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARPIN Paul-Emile

né le 24 Juillet 1898, à Châlons-sur-Marne (Marne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	}	MM. FRELICH, professeur	Président.
		FRUHINSHOLZ, professeur	Juges.
		J. PARISOT, agrégé	
		BARTHÉLEMY, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE M. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COXITES SÈCHES

AVEC

subluxation progressive de la tête fémorale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARPIN Paul-Emile

né le 24 Juillet 1898, à Châlons-sur-Marne (Marne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. FRÉLICH, professeur	Président.
	FRUHINSHOLZ, professeur.....	Juges.
	J. PARISOT, agrégé.....	
	BARTHÉLEMY, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE M. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1923

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✱, I ☉.

Assesseur : M. E. SIMON, ✱, I ☉.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. A. NICOLAS, ✱, I ☉ ; A. PRENANT, ✱, I ☉ ; F. GROSS, O ✱, I ☉ ; A. HERRGOTT, O ✱, I ☉ ; WEISS, O ✱, I ☉.

Professeurs.

Chimie médicale et toxicologie.....	M. L. GARNIER, I ☉.
Hygiène.....	M. E. MACÉ, ✱, I ☉.
Physiologie.....	M. E. MEYER, O ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	M. E. SIMON, ✱, I ☉.
Histoire naturelle médicale.....	M. P. VUILLEMIN, I ☉.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, O ✱, I ☉.
Clinique des maladies des enfants.....	M. P. HAUSHALTER, ✱, I ☉.
Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHÉ, ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	M. G. ÉTIENNE, ✱, I ☉.
Clinique chirurgicale.....	M. A. VAUTRIN, ✱, I ☉.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	M. L. SPILLMANN, ✱, I ☉.
Physique médicale.....	M. R. FRÉLICH, ✱, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. M. LAMBERT, ✱, I ☉.
Histologie.....	M. A. FRUHHINSHOLZ, ✱, I ☉.
Anatomie descriptive.....	M. R. COLLIN, ✱, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. M. LUCIEN, ✱, I ☉.
Clinique des voies urinaires.....	M. P. JACQUES, ✱, I ☉.
Clinique chirurgicale.....	M. P. ANDRÉ, ✱, I ☉.
Médecine opératoire.....	M. G. MICHEL, ✱, I ☉.
	M. N.

Chargés de cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards.....	M. L. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Pathologie interne.....	M. L. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	M. S. REMY, I ☉, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. M. PERRIN, ✱, I ☉, agrégé.
Thérapeutique.....	M. M. PERRIN, ✱, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie externe.....	M. A. BINET, I ☉, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	M. L. CAUSSADE A ☉, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, A ☉, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. R. LALANNE, I ☉.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	M. M. BARTHÉLEMY, ✱, I ☉, agrégé.
Cours d'hydrologie.....	M. M. PERRIN, ✱, I ☉, agrégé.
Clinique d'électrothérapie.....	M. N.

Agrégés en exercice

M. H. ROBERT, I ☉.	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉.	M. P. JEANDELIZE, A ☉.
M. A. BINET, I ☉.	M. C. FAIRISE, A ☉.	M. L. CAUSSADE, A ☉.
M. M. PERRIN, ✱, I ☉.	M. P. MATHIEU, A ☉.	M. M. BARTHÉLEMY, ✱, I ☉.
M. G. THIRY, ✱, I ☉.	M. L. JOB, ✱, I ☉.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☉ ; G. GROSS, ✱, I ☉ ; L. RICHON, ✱, I ☉ ; S. REMY, I ☉ ; M. BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR FRÉLICH

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON JURY DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR FRUHHNSHOLZ

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JACQUES PARISOT

Officier de la Légion d'Honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARTHÉLEMY

Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR BOUSQUET

Officier de la Légion d'Honneur

*Directeur et Professeur honoraire de l'École de médecine
de Clermont-Ferrand*

*Membre correspondant de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie*

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

Avant-Propos

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous reste à remplir un devoir bien agréable : celui de remercier nos Maîtres qui, dès l'instant où nous fîmes nos premières armes dans la médecine, ne cessèrent de nous prodiguer tant d'intérêt et de bienveillance.

M. le Professeur FRÆLICH a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous ne saurions assez le remercier du grand honneur qu'il nous fait là.

C'est lui qui nous inspira le sujet de notre thèse et, depuis, il ne cessa de nous prodiguer ses éminents conseils dont nous avons eu tant de fois besoin, ne nous ménageant point son temps ; qu'il soit assuré de notre sincère gratitude.

Toute une dette de reconnaissance nous reste encore envers M. le Professeur FRÆLICH, dont nous nous honorons d'avoir été l'externe : Ses magistrales leçons, si attrayantes, nous ont initié à cette science si complexe et à cet art délicat que sont la pathologie chirurgicale et la chirurgie infantiles.

Pendant notre séjour à la maternité en qualité d'externe, M. le Professeur FRUHINSHOLZ, dans ses cliniques si pleines de science, de clarté et de précision, nous initia à l'art obstétrical, nous montra toutes les difficultés qui

peuvent survenir, édictant en des formules aussi concises que claires, les meilleures modes pour obvier à celles-ci. Il nous facilita beaucoup ainsi cette pratique si importante et si difficile parfois. Depuis il n'a cessé de s'intéresser à nous ; qu'il veuille bien agréer maintenant l'hommage de notre entière reconnaissance.

Pendant notre externat en chirurgie, M. le Professeur VAUTRIN nous témoigna un intérêt constant, ses éminentes leçons au lit du malade et à la salle d'opération contribuèrent pour beaucoup à nous rendre moins aride l'étude de la pathologie externe. A côté de la science du professeur, nous avons su apprécier sa grande bonté envers les malheureux qui forment la clientèle ordinaire de son service.

Qu'il nous permette de lui exprimer, en ce jour, nos respectueux sentiments de gratitude.

M. le Professeur agrégé Jacques PARISOT, tandis que nous avions l'honneur d'être son externe, nous initia à l'étude de la tuberculose ; il nous en fit voir tous les ravages et, nous enseignant les meilleurs moyens de lutter contre cette maladie, nous montra les efforts immenses faits en vue de sauver les malheureuses familles assez nombreuses en proie à ce terrible fléau. Il nous témoigna toujours une grande bienveillance ; qu'il veuille bien agréer l'expression de nos sincères remerciements.

Nous manquerions à tous nos devoirs, si nous n'assurions MM. les Professeurs-agrégés BINET, PERRIN, BARTHÉLEMY, HAMANT et WATRIN de notre entière reconnaissance pour le grand intérêt qu'il nous ont toujours témoigné.

Notre pensée s'en ira maintenant vers l'École ou, par suite de la guerre, nous fûmes amené à commencer nos études ; nous voulons parler de l'École de Médecine de

Clermont-Ferrand. Nous nous faisons un devoir d'exprimer nos respectueux sentiments de gratitude aux distingués professeurs de cette école, qui nous témoignèrent tant de bienveillance, ne nous ménageant ni leur temps, ni leurs conseils pendant nos débuts si difficiles, et en particulier à M. le Docteur BOUSQUET, directeur honoraire ; M. le Docteur BILLARD, directeur ; M. le Docteur BUY, professeur.

Nous prions MM. les Docteurs VERMELIN, chef de clinique obstétricale ; GUILLEMIN, chef de clinique chirurgicale ; SIMONIN, chef des travaux à la Faculté de Médecine ; PELLIER, chef de clinique chirurgicale infantile, d'agréer ici l'expression de nos sincères remerciements pour la bienveillance amicale qu'ils ont bien voulu nous témoigner lorsque nous fûmes dans leur service en qualité d'externe.

Que les Docteurs BAUDOT, FOURCHE, prosecteur à la Faculté de Médecine ; CORRET, LEDUC, internes des hôpitaux, qui furent pour nous des guides éclairés et d'excellents camarades, soient assurés de notre plus sympathique souvenir.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

L'étude que nous allons aborder fut déjà l'objet de nombreuses considérations éclairées et de travaux aussi consciencieux qu'autorisés.

Aussi ne saurions-nous prétendre apporter une bien grande somme de vues nouvelles à l'état actuel du sujet.

Le but que nous essaierons d'atteindre, dans ce modeste travail, sera d'offrir au lecteur une monographie de l'entité morbide nouvellement individualisée.

Nous passerons rapidement sur l'étiologie qui, comme nous le verrons, est encore fort obscure ; sur l'anatomie pathologique, qui n'a pu encore être beaucoup étudiée en raison de l'absence de nécropsies et des biopsies fort peu nombreuses encore.

A notre description clinique et radiologique, nous joindrons six observations dont deux accompagnées de calques de radiographie et une d'une épreuve radiologique, afin de corroborer cette dernière.

Le diagnostic différentiel sera longuement exposé à dessein et la mention de la plupart des affections prêtant à confusion sera accompagnée du calque de l'image radiologique, afin de mieux montrer au lecteur l'opposition avec la maladie décrite.

Nous terminerons par la pathogénie et, dans ce chapitre,

nous exposerons les deux théories actuellement défendues, nous énumérerons les arguments formulés pour et contre, sans pouvoir, toutefois, nous prononcer en faveur de l'une ou de l'autre.

Enfin, un index bibliographique détaillé indiquera aux lecteurs les principaux travaux qui ont paru au sujet de la question.

Définition

Parmi les arthrites coxo-fémorales chroniques constituant le groupe récemment érigé des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche, il existe une variété caractérisée cliniquement par une boiterie douloureuse évoluant par poussées successives ; radiologiquement par une malformation spéciale du cotyle et une subluxation de la tête fémorale vers le haut. Cette affection fut récemment individualisée sous le nom de coxite sèche avec luxation progressive.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire de la nouvelle affection est intimement liée à celle des arthrites chroniques de la hanche. Or, depuis une trentaine d'années, les idées sur ces dernières ont complètement évolué.

Comme le montre l'exposé de M. Etienne SOREL au congrès d'orthopédie de 1922, cette évolution s'est opérée en trois périodes : période de clinique pure et début de la période radiographique, période radiographique et période des recherches de laboratoire.

Avant, à une époque que l'on pourrait nommer la préhistoire des arthrites chroniques de la hanche, on faisait rentrer presque toutes ces dernières dans le cadre de la coxalgie.

Au début de la période radiographique, les travaux de NOVÉ-JOSSERAND, de FRÉLICH et de MÉNARD tendent à éliminer du cadre de la coxalgie : les coxites hypérostosantes, les formes fugaces et frustes de la maladie, les fausses coxalgies.

C'est ainsi que, en 1902, M. NOVÉ-JOSSERAND et M. FRÉLICH décrivaient la coxite hypérostosante.

M. FRÆLICH devait insister à nouveau sur cette dernière au congrès de chirurgie de 1910, où il décrivait en outre une forme fugace de la coxalgie.

La même année, M. MÉNARD faisait une communication, au Congrès français de chirurgie, sur les tuberculoses bénignes des grandes articulations et, en 1910, devant ce même congrès, il traçait l'histoire des fausses coxalgies (arthrites passagères, ostéïtes juxta-costales non suppurées, coxa-vara, fractures du col fémoral).

En 1906, M. GOURDON, de Bordeaux, apportant trois cas au Congrès de chirurgie, décrit les arthrites par insuffisance de la hanche consécutives à une malformation congénitale du cotyle ; c'était là le point de départ des discussions et des travaux dont devait être l'objet la maladie qui va nous occuper et qui se trouvait là, décrite pour la première fois.

Pendant la période radiologique, les examens de plus en plus fréquents permettent d'isoler : l'arthrite déformante juvénile de la hanche, les arthrites survenant chez les enfants porteurs de coxa-vara ; puis donnent lieu, en 1908, à la description d'une lésion nouvelle, d'abord qualifiée de quiethip-disease, de pseudo-coxalgie, et maintenant désignée sous le nom d'ostéochondrite de l'épiphyse fémorale, de coxa plana, de caput planum.

La dernière période, que nous nommerons, avec M. E. SOREL, la phase des recherches de laboratoire, vient seulement de prendre rang dans l'histoire des arthrites non tuberculeuses de la hanche.

Elle semble pleine d'avenir, car elle est appelée à éclaircir de nombreux cas d'arthrites chroniques sur lesquels la clinique et la radiographie sont muettes.

Au Congrès d'orthopédie de 1922, M. E. SOREL donne

une description très détaillée des diverses sortes d'arthrites non tuberculeuses de la hanche et en propose la classification.

M. FRÉLICH propose de nommer coxites ces dernières, réservant le nom de coxalgie aux arthrites bacillaires.

Il présente ensuite trois cas avec radiographie à l'appui et les étiquette « coxite sèche avec subluxation progressive ».

CHAPITRE II

Étiologie

Envisagée au point de vue étiologique, la question est encore fort obscure.

L'affection étudiée est spéciale à l'enfance et à l'adolescence ; elle se manifeste très souvent au moment de la puberté.

Frappant indifféremment l'un et l'autre sexe, elle est ordinairement unilatérale, mais il est rare cependant de trouver l'autre côté absolument sain. En effet, GOURDON a observé, plusieurs fois, cette maladie, chez des enfants dont l'autre hanche était atteinte de luxation congénitale.

Dans les cas jusqu'à maintenant relatés, le traumatisme fut quelquefois invoqué, comme cause, par les parents ; mais jamais un interrogatoire minutieux n'a pu démontrer la filiation entre la cause invoquée et la maladie.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

L'étude anatomo-pathologique de la nouvelle entité morbide doit comprendre : les anomalies ayant trait au cotyle et à la tête fémorale, la position vicieuse de cette dernière par rapport à la cavité cotyloïde et les lésions microscopiques des os et des cartilages.

Les deux premiers points sont passés en revue dans l'étude radiologique, aussi les laisserons-nous de côté maintenant pour dire un mot du troisième.

Au cours d'une intervention pratiquée le 29 juin 1922, M. le Professeur FRÆLICH fit un prélèvement d'une portion cartilagineuse et osseuse de la tête.

Le cartilage fut trouvé aminci et bleuâtre et l'os sous-jacent était très poreux.

L'examen histologique, pratiqué par le Docteur ABEL, chef de laboratoire de la chirurgie, mit en évidence plusieurs foyers inflammatoires caractérisés par du tissu de granulation c'est-à-dire inflammatoire, de la raréfaction osseuse et même des petites parcelles de nécrose.

Aucun tubercule ne put être décelé et l'examen bactériologique, pratiqué également par le Docteur ABEL, montra la stérilité des débris osseux. L'intérieur de l'articulation ne contenait rien d'anormal.

CHAPITRE IV

Symptomatologie - Radiologie

I. - Étude clinique

Les enfants atteints de la maladie en question ont, en général, belle apparence et sont de constitution robuste. L'interrogatoire ne révèle, le plus souvent, rien d'insolite dans les antécédents héréditaires et personnels.

Il nous apprend que l'enfant a commencé à marcher à l'âge normal, d'une façon correcte, sans trace de claudication parfois et cela pendant quelques années.

Ensuite, il a commencé à boîter ; des douleurs sont apparues dans la hanche et le genou, douleurs accompagnées de limitation des mouvements. Au bout de quelque temps, tout est rentré dans l'ordre, soit sous l'influence du repos, soit même sans aucun traitement.

Quelques mois après, la même scène s'est reproduite et cette fois la boiterie est restée définitive.

L'enfant a été ainsi l'objet de deux ou trois crises et, à chaque nouvel accès, la boiterie a augmenté.

Lors des poussées, les douleurs ont parfois été assez violentes pour maintenir l'enfant alité.

A l'examen, on ne trouve généralement pas de ganglions augmentés de volume dans l'aîne. Cependant, on a noté, dans certains cas, de la polyadénite légère avec ganglions

petits et se voyant aussi bien du côté sain que du côté malade.

On trouve également le grand trochanter relevé par rapport à la ligne de Nélaton-Roser.

L'examen des mouvements montre toujours une forte diminution d'amplitude de l'abduction qui est parfois impossible, ceci tient à la contracture des adducteurs qui ne fait jamais défaut et apparaît très précocement dans la maladie étudiée. L'hyperextension, la flexion extrême, la rotation sont aussi très souvent et plus ou moins limitées ; l'adduction est généralement normale.

Si l'on fait marcher le malade, on constate une boiterie par plongeon latéral ressemblant à la claudication de luxation congénitale de la hanche, la déviation sur le côté est cependant moindre que dans ce dernier cas et la claudication est intermédiaire entre celle de la luxation congénitale et celle de la coxalgie qui se fait en avant.

Lorsque la lésion est bilatérale, il y a, dans les coxyles sèches avec luxation progressive, le dandinement caractéristique de la luxation congénitale et de l'ensellure lombaire.

La mensuration accuse un petit raccourcissement et une légère atrophie du membre malade, l'atrophie intéresse les muscles de la cuisse principalement.

Lorsque, sous chloroforme, on réduit la subluxation et que l'on met un plâtre pendant quelques mois, la hanche se fixe, mais si l'on enlève l'appareil, la lésion évolue de nouveau.

Voici donc une tendance très marquée à la récurrence qui, avec l'évolution par poussées séparées et de plus en plus sérieuses, forme les signes cliniques caractéristiques de la maladie. En terminant cette analyse symptomatique,

nous dirons que l'état général est toujours excellent, dans le cas qui nous occupe.

Jamais, même dans les poussées, on a observé d'élévation thermique.

II. - Étude radiographique

La radiologie joue, dans l'étude de la présente affection, un rôle capital. C'est elle, en effet, qui, mettant en évidence des lésions caractéristiques, lève les doutes persistant à l'examen clinique le mieux conduit et permet de poser, d'une façon précise, le diagnostic.

C'est également grâce à elle, que l'on peut tracer, d'une façon nette, la description des malformations articulaires spéciales à la maladie et compléter ainsi l'étude de l'anatomie pathologique.

Nous allons donc nous efforcer de donner, dans les lignes qui suivront, une description claire de ces signes radiographiques. Puis deux calques et une radiographie accompagnant des observations viendront illustrer le texte.

Chez un sujet normal, la cavité cotyloïde présente, sur le cliché, la forme d'hémisphère régulièrement creusé. La tête du fémur se dirige en haut, en dedans et un peu en avant, son axe est le prolongement de celui du col, il forme un angle légèrement obtus avec la disaphyse fémorale. Normalement la tête est régulièrement arrondie et comble l'acétabulum. Interposée entre la projection de ces deux pièces, se trouve une plage sombre sur l'épreuve négative, claire sur l'épreuve positive, il s'agit de l'image du cartilage articulaire ou espace articulaire.

Enfin, au point d'union du pubis de l'ischion et de

l'ilion, on remarque sur les radiographies d'enfants, une solution de continuité linéaire, qui n'est autre que la projection du cartilage de conjugaison ou cartilage en Y.

Tels sont les détails à relever sur le cliché pris de face d'une hanche normale.

Il est bon de rappeler aussi que pour bien interpréter une anomalie quelconque de l'articulation coxo-fémorale, il faut se méfier de diverses causes d'erreurs que nous ne ferons que mentionner. Ce sont :

La source lumineuse normale avec mauvaise position du fémur ;

La source lumineuse mal centrée ;

La position du plan médian de l'articulation.

RICHIER, dans sa thèse de doctorat, étudie, avec grands détails, ces causes ainsi que les moyens d'éviter une erreur d'interprétation ; aussi renverrons-nous le lecteur à cet ouvrage.

Dans le cas qui nous occupe, on constate d'abord une malformation, toujours identique à elle-même, du cotyle.

Ce dernier est, en effet, diminué dans sa profondeur et verticalement allongé ; il en résulte que la disposition hémisphéroïdale a complètement disparu ici.

La tête ne prenant qu'un appui insuffisant sur l'acétabulum se subluxé vers le haut, aussi trouve-t-on la partie inférieure de la cavité cotyloïde inhabitée. Le toit de cette dernière semble avoir été usé.

Telles sont les malformations que l'on rencontre, dans tous les cas, et qui caractérisent radiologiquement la maladie.

Il existe en outre des lésions accessoires que l'on est appelé à constater très souvent

Ce sont ; des anomalies du rebord cotyloïdien qui est

peu dense alors et comme frangé, surtout à sa partie supérieure, région dans laquelle on trouve parfois de l'ébrunation.

Il est fréquent aussi de noter la disparition du cartilage en Y envahi par l'ossification.

Dans certains cas, et nous en relatons un (observation n° 4), on constate à la partie supérieure de la cavité cotyloïde, la formation d'un nouveau cotyle à contours nets et l'apparition d'un toit nouveau.

La tête fémorale est ordinairement normale, il n'est pas rare cependant de trouver la périphérie légèrement limée, de constater une atrophie partielle de la calotte siégeant souvent à la région inférieure et interne.

On peut également trouver une transparence inégale de la tête avec des points raréfiés.

Le col subit, quelquefois, un redressement en légère coxa-valga.

Un fait est également remarquable, c'est que jamais il n'y a de destruction osseuse étendue ; l'os n'est point rongé comme dans la coxalgie vraie, il reste dense, c'est-à-dire très clair sur la plaque négative.

III. - Observations

Pour compléter cette étude, il nous a paru intéressant de publier quelques observations qu'il nous a été donné de rassembler.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le P^r FROELICH)

Coxite sèche avec subluxation, arthrodèse et enchevillement

B... Léon, de Saint-Dié (Vosges), 15 ans ; se présente au service le 15 octobre 1921 ; depuis l'âge de trois à quatre ans

boîte de la jambe droite et souffre de temps à autre. Père et mère bien portants. Quoique ayant toujours boîté depuis son enfance et ayant eu des douleurs fréquemment, ce n'est que depuis deux ans que le sujet est obligé tous les quelques mois de s'arrêter et de rester au repos pendant quinze jours chaque fois.

Examen. — 15 octobre 1921. Apprenti serrurier, aspect général assez bon, boîte en marchant, la jambe est en adduction et en rotation externe, le grand trochanter un peu saillant, atrophie de 2 cm. au mollet, polyadénite des deux aines.

Mouvement. — La flexion extrême est arrêtée, l'adduction est normale, l'abduction est arrêtée, la rotation est normale ; l'extension est un peu arrêtée. Le raccourcissement de la jambe est de 1 cm. 5, l'ascension du grand trochanter de 2 cm.

Radio. — Le cartilage en Y a disparu, la tête fémorale se trouve logée dans la moitié supérieure de la cavité cotyloïde qu'elle dépasse, le bord supérieur de la cavité a des limites nettes éburnées. La moitié inférieure de la cavité cotyloïde est deshabitée et transparente. La tête fémorale est usée à sa périphérie, un peu tassée sur elle-même, la calotte fémorale est amincie du côté interne, elle est de transparence inégale, il s'agit d'une coxité sèche avec subluxation.

Le 18 octobre 1921 : chloroforme, plâtre en abduction et rotation interne pour trois mois.

Revient le 9 janvier 1922, on remet un plâtre.

Le 6 avril 1922, le plâtre est enlevé, la marche n'est presque plus douloureuse. Le 15 juin 1922, le malade revient au service, il a de nouveau des douleurs et de la difficulté de la marche, il ne peut plus faire son service, une radio montre que la tête s'est redéplacée et qu'elle est fortement décalcifiée.

M. FROELICH se décide à faire l'arthrodèse et l'enchevillement de la hanche.

Opération le 29 juin : Ouverture de la hanche par un lambeau en U circonscrivant le grand trochanter, celui-ci est sectionné à sa base, les muscles détachés, trois ligatures d'artères sont nécessaires. Le lambeau ostéo-musculo cutané est rabattu en dedans et vers en haut et l'articulation est ouverte, elle ne

contient rien d'anormal ; avec la gouge à main et la curette, le cartilage de la tête et la partie supérieure de la cavité sont avivés, ce qui est facile à cause du peu de consistance de l'os. Avec un vilebrequin, on creuse un tunnel de dix centimètres à partir de la diaphyse fémorale avivée par suite de la section du grand trochanter à sa base. Ce canal traverse toute la tête fémorale et la cavité cotyloïde, il est agrandi à la curette. Puis sur le tibia de la même jambe, on prélève un fragment osseux de dix centimètres de long sur deux centimètres d'épaisseur ; ce fragment est enfoncé, avec le marteau, dans le canal fémoro-cotyloïdien, puis le lambeau contenant la peau, le grand trochanter et les muscles, est rabattu à sa place et suturé par des crins de Florence. Un grand appareil plâtré, allant depuis le thorax jusqu'à la plante du pied, immobilise le membre inférieur droit. Dans les jours qui suivent, aucune réaction mais le plâtre se tache de sang, comme il arrive souvent dans ces opérations osseuses, de plus le malade, dans les dix jours qui suivirent, eut deux fois des hémorragies nasales très fortes et il dut être tamponné. Il n'existe cependant pas d'hémophilie.

Une radio, à travers le plâtre, montre que le greffon est bien en place, mais qu'il a traversé le fond de la cavité cotyloïde et fait saillie dans le bassin.

23 septembre 1922 : Le malade est déplâtré et les fils enlevés, réunion par première. L'état général est excellent, il a engraisé.

24 septembre : Radio : Le greffon paraît avoir un peu augmenté de volume, sa fusion avec la base du grand trochanter semble intime à sa partie supérieure, il semble y avoir une néoformation osseuse. La tête fémorale semble être recalcifiée, la partie du greffon saillant dans le bassin semble se recouvrir d'os nouveau. L'ankylose semble être en bonne voie.

26 septembre : Petit plâtre allant depuis le thorax jusqu'au genou et permettant la marche, le plâtre restera en place encore trois mois.

27 décembre : Ablation du plâtre, la hanche est ankylosée en bonne position, la marche très satisfaisante et sans douleur.

24 mars 1923 : Le jeune homme marche d'une façon parfaite sans douleur, la hanche est ankylosée, il a repris son métier de tisserand.

Revu le 15 juin 1923 : marche parfaite.



E. P.

Léon B — Radiographie de la hanche droite (15 octobre 1921).

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le P^r FROELICH).

Raymonde F..., 13 ans. Cette enfant d'apparence normale ne présente rien à étudier dans ses antécédents personnels ; dans ses antécédents héréditaires, on note une cousine atteinte de luxation congénitale de la hanche.

Vers l'âge de 4 ans, la fillette fléchit sur la jambe droite ; quelques douleurs surviennent après la marche. Maintenant, l'enfant boîte en plongeant.

A l'examen, on constate un raccourcissement de trois centimètres au milieu de la cuisse. L'exploration des mouvements montre que seule l'abduction est un peu limitée.

16 octobre 1922 : A la radiographie on voit que la moitié inférieure de la cavité cotyloïde est deshabitée. Le toit du cotyle est diminué. La tête fémorale est peu modifiée, sauf une légère usure péri-épiphysaire. La calotte semble avoir glissé vers l'arrière, les bords osseux sont denses.

18 octobre 1922 : Chloroforme, réduction comme pour une luxation acquise. Le membre inférieur est placé en abduction et légère rotation interne. Plâtre.

12 février 1923 : Ablation du plâtre ; à la radiographie, on voit que la tête est en bonne position, mais la calotte épiphysaire semble descendue sur le col.



Raymonde F. — Radiographie de la hanche droite.

OBSERVATION III

(Duc à l'obligeance de M. le P^r FROELICH)

Coxite sèche droite avec luxation progressive de la tête fémorale

René L..., 8 ans, boîte depuis cinq ans ; il nous est présenté le 11 février 1919 : enfant unique, parents bien portants, deux frères morts en bas-âge de broncho-pneumonie.

Etat général bon, l'enfant a marché normalement à treize mois. A partir de sa quatrième année il s'est mis à tirer la jambe mais sans douleur. La claudication s'accrut, l'enfant souffre quelquefois le soir ou après une marche un peu longue. Claudication en plongeant. Le grand trochanter est plus saillant, pas d'adénite inguinale, les mouvements sont libres et ont leur amplitude normale, sauf l'abduction qui est limitée et douloureuse. Le raccourcissement du membre est de 2 cm.

Le grand trochanter dépasse la ligne de Nelaton de 2 cm 5. Sur une radio, on voit que la tête fémorale est normale dans ses contours, elle paraît décalcifiée, la partie inférieure de la cavité cotyloïde est vide, le toit de cette cavité semble avoir disparu, la tête est subluxée, la calotte fémorale est bien distincte du col.

Diagnostic. — Coxite sèche avec subluxation de la hanche.

16 février : Chloroforme, rupture des adducteurs et plâtre en abduction.

15 octobre : Renouvellement du plâtre.

11 janvier 1920 : Le plâtre est supprimé, il existe de l'ankylose en bonne position.

20 mai : La hanche est toujours ankylosée, la boîtierie est moins forte et la marche se fait sans douleurs.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le P^r FRÖELICH)

Coxite sèche avec luxation progressive

Marguerite R..., 11 ans et demi, se présente au service le 6 janvier 1921 pour boîterie de la hanche droite. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Elle a un frère et une sœur bien portants.

A marché à un an ; dans le courant de sa cinquième année elle s'est mise à boîter de la hanche droite, de temps à autre elle avait mal dans la hanche et le genou, mais après quelques semaines tout rentrait dans l'ordre. A l'examen, on constate un bon état général ; légère atrophie de la cuisse et du mollet (2 cm 5), la jambe est raccourcie de 2 cm, il n'existe pas de ganglions dans l'aîne, l'abduction est limitée ; la flexion et l'extension normales, la rotation en dedans est réduite, le grand trochanter dépasse la ligne de Nélaton de 2 cm.

A la radio, la moitié inférieure de la cavité cotyloïde gauche est vide, la tête fémorale est placée au-dessus du cartilage en Y, la moitié supérieure de la cavité cotyloïde est creusée d'un néo-cotyle ; ses bords sont nets, éburnés, un toit nouveau s'est formé, presque horizontal, la tête fémorale semble normale dans son ensemble, sauf une atrophie de la moitié inférieure de la calotte fémorale, la moitié supérieure plus épaisse semble avoir glissé un peu vers en haut, elle a des points raréfiés comme dans l'ostéochondrite.

Traitement. — 10 juin 1921 : Réduction de la subluxation sous chloroforme, plâtre en adduction de 45° et rotation interne.

30 août : Ablation du plâtre.

21 novembre 1921 : La hanche est presque normale, la jambe est en abduction, l'atrophie est moindre ; à la radio la tête est descendue et la subluxation a disparu.

15 juin 1922 : La subluxation s'est reproduite après quelques semaines douloureuses ; la boîterie est revenue ; à la

radio, on constate, à la périphérie de la tête, un petit fragment osseux détaché, pas de gonflement articulaire. On se propose d'ankyloser l'articulation par arthrodèse.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le P^r FRÖELICH)

Coxite sèche avec luxation progressive

Madeleine V..., 31 ans, de Vittel (Vosges), boîte depuis l'âge de dix ans, mais jamais l'impotence ni les douleurs ne la forcèrent de s'arrêter ; le médecin aurait dit qu'il s'agissait d'une faiblesse qui guérissait toute seule ; le père est mort de tuberculose pulmonaire. Il y a trois ans, la malade se maria, elle ne devint pas enceinte, mais depuis, la boiterie a augmenté. La malade ne peut plus travailler dans les champs, les douleurs existent même quelquefois au repos.

31 décembre 1921 : Femme petite, bien constituée, marche avec une canne, le membre gauche est en adduction et en rotation externe. Il existe un peu de genu valgum, le grand trochanter est saillant, il est difficile de palper à cause de la graisse. Le raccourcissement du membre gauche est de 3 cm. L'adduction est impossible et la flexion arrêtée à 45°. Ces mouvements sont douloureux et donnent une crépitation osseuse fine, pas de ganglions dans l'aîne. Une radio montre une subluxation de la tête fémorale, celle-ci est aplatie, comme usée à sa périphérie du côté interne. Ses contours cependant sont nets, pas de dentelures ni de décalcification. La cavité cotyloïde est usée dans sa partie supérieure, son toit a disparu (coxite sèche avec subluxation).

Traitement. — 22 décembre : Chloroforme, redressement de l'adduction de la flexion.

25 mars 1922 : Suppression du plâtre. La malade marche sans canne, la hanche est enraidie en bonne position, plus de douleurs.

20 décembre 1922 : La malade nous écrit que sa hanche est de nouveau déplacée et que ses douleurs sont revenues. Nous proposons une arthrodèse qui n'est pas acceptée.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le P^r FROELICH)

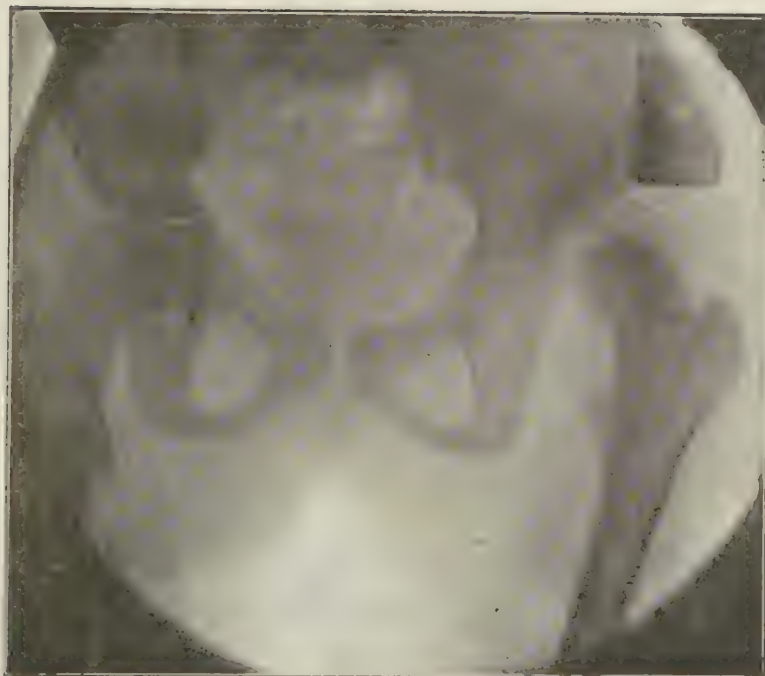
Germaine Fr..., âgée de 11 ans et de constitution normale ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Jusqu'à l'âge de 6 ans, l'enfant a marché correctement, lorsque survinrent des manifestations douloureuses localisées au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite ; les douleurs n'étaient pas très vives et permettaient la marche, mais les parents s'aperçurent alors que la fillette boîtrait légèrement. Au bout de quelques jours, tout rentra dans l'ordre, mais une boîterie très légère persista, s'accroissant lorsque l'enfant était fatiguée. Plusieurs poussées sont survenues depuis, apparaissant environ tous les sept ou huit mois et contraignant la fillette à se reposer ; chaque fois, le symptôme claudication était de plus en plus accentué.

Inquiétés par la persistance de cette situation, les parents consultèrent un médecin et, sur les conseils de ce dernier, amenèrent l'enfant à la consultation du 8 juin 1923.

A l'examen, légère atrophie de la cuisse droite, ascension du grand trochanter de deux centimètres, polyadénite des deux aines. Tous les mouvements sont normaux, l'abduction elle-même se fait bien.

Radiographie. — Ossification du cartilage en Y, usure en dedans de la calotte fémorale qui remonte vers la fosse iliaque.

Traitement. — Le 16 juin, réduction comme pour une luxation ordinaire et immobilisation en abduction.



Germaine Fr... — *Coxite sèche droite avec subluxation progressive.*

CHAPITRE V

Diagnostic

I. — Diagnostic positif

L'interrogatoire accusant des poussées évolutives échelonnées et de plus en plus sérieuses, avec aggravation de la boiterie chaque fois ; la constatation, à l'examen, d'un raccourcissement léger et d'une légère ascension du grand trochanter, le caractère récidivant de la subluxation à la réduction et à l'immobilisation ; l'absence de symptômes généraux et le bon état général d'une part ; les signes radiologiques énumérés, au chapitre précédent, d'autre part, constituent le faisceau de stygmates, qui oriente vers le diagnostic de coxite sèche avec subluxation progressive.

II. — Diagnostic différentiel

Ceci posé, avec quelles affections chroniques de l'articulation coxo-fémorale, la maladie présente peut-elle être confondue.

Nous diviserons celles-ci en deux groupes : les affections tuberculeuses et les affections non tuberculeuses.

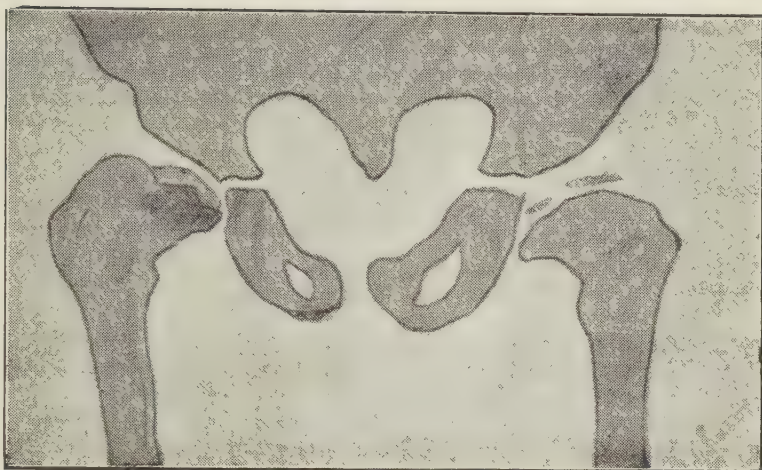
A. — AFFECTIONS TUBERCULEUSES

En ce qui concerne les affections tuberculeuses de la hanche, le doute ne saurait persister à un examen minutieux. En effet, un interrogatoire bien conduit révèle souvent des antécédents bacillaires héréditaires et collatéraux, de plus, l'état général est assez souvent quelque peu touché et au moment de chaque poussée, on assiste à des élévations thermiques. Nous allons passer en revue les caractères différentiels en étudiant chaque maladie.

a) *Coxalgie grave*. — Ici la boiterie est toute différente, elle se fait en avant dans une inclination qui ressemble à un salut, tandis que dans la maladie qui nous occupe, elle se fait par plongeon latéral ressemblant à la claudication de la luxation congénitale de la hanche.

En effet, dans la coxalgie, les premiers muscles contracturés sont les fléchisseurs qui amènent une flexion permanente de la cuisse sur le bassin et, par compensation, de l'ensellure lombaire. Dans les arthrites non tuberculeuses, les premiers muscles contracturés sont les adducteurs de la boiterie latérale. L'atrophie du membre existe dans les deux lésions, mais, on trouve, dans la tuberculose, des ganglions augmentés de volume, dans le triangle de Scarpa et souvent dans la fosse iliaque du côté malade ; tandis que, nous l'avons vu, l'adénite n'existe pas dans la maladie présente ou, si elle existe, il s'agit de ganglions petits, se voyant aussi bien du côté sain que du côté malade.

Pendant les poussées de coxalgie, il y a souvent de la fièvre surtout vespérale, celle-ci est exceptionnelle dans la coxite sèche. Le grand trochanter est remonté dans



Arthrite déformante juvénile à 11 ans. — FRÆLICH. — Coxa vara essentielle et arthrite déformante juvénile, leur nature, leurs rapports.



Ostéochondrite en évolution. — (Cliché dû à l'obligeance de M. le Docteur MATHIEU, chef de clinique chirurgicale).

cette dernière, cette ascension n'existe pas dans la coxalgie avant les destructions articulaires graves.

Enfin, dans la coxalgie, la radiographie met en évidence, sous forme de taches claires, ressortant sur le squelette osseux, des tubercules. Ces lésions intéressent : soit le cartilage de conjugaison (cartilage en Y) qui s'élargit irrégulièrement, soit l'os iliaque qui est alors parsemé de petits espaces clairs, soit le fond du cavum que l'on trouve garni de noyaux tuberculeux. La tête et le col peuvent également présenter des tubercules. On constate souvent aussi de l'atrophie de la tête. Rien de semblable dans l'affection étudiée.



Coxalgie grave. Tubercules dans la tête fémorale et la cavité osseuse deux mois après le début clinique.

FRÆLICH : « De la coxalgie tuberculeuse ». (Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, 1912).

b) *Coxalgie à forme fruste ou fugace*. — Il s'agit ici d'une poussée congestive de la hanche durant quelques mois. On retrouve chez les petits malades, qui sont également

en bon état, des antécédents bacillaires héréditaires et collatéraux : les parents font ou ont fait des poussées de tuberculose pulmonaire ; les frères et sœurs sont atteints de tumeurs blanches ou de ganglions tuberculeux. De plus, la radiographie ne révèle aucun fait important.

Enfin la cuti-réaction est nettement positive, le caractère tuberculeux du mal est certain.

Cette maladie benigne cède rapidement au repos et au séjour au lit et disparaît sans laisser de séquelles.

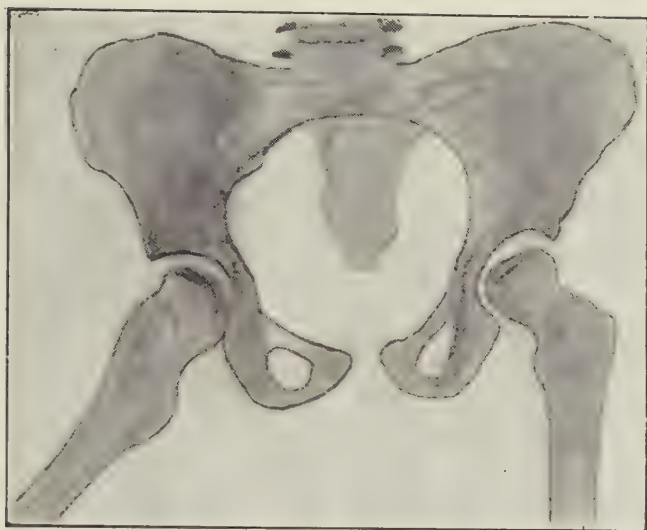
Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas ainsi pour la coxite sèche.

c) *La coxalgie à forme sèche* ou carie sèche de la hanche procède également par poussées survenant de temps à autre et ayant une durée relativement courte ; mais ces dernières sont infiniment plus douloureuses que dans la coxite sèche ; pendant leur évolution, le moindre mouvement, le plus léger heurt provoquent de très vives souffrances et tout travail est impossible. De plus, cette maladie frappe le plus souvent les adolescents de 13 à 14 ans.

L'examen clinique montre une cuisse en adduction mais aussi en flexion, légèrement atrophiée.

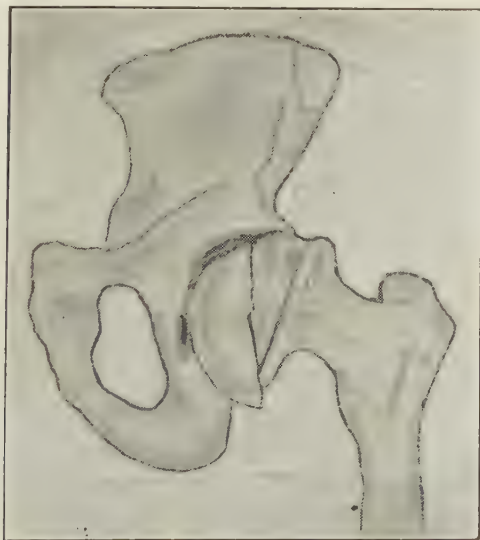
Cette maladie présente plusieurs points d'analogie avec l'affection étudiée, d'abord il n'y a pas d'empâttement ganglionnaire ; l'abduction est souvent empêchée tandis que l'adduction peut être exagérée, puis on observe également une subluxation de la tête fémorale vers le haut.

La radiographie nous montre un écèlement du toit de la cavité cotyloïde à sa partie supérieure, on constate également une ascension de la tête et le vide dans la partie inférieure de l'acétabulum ; cependant la profondeur de ce dernier n'est en rien modifiée.



Hanche gauche : usure et subluxation de la tête fémorale, agrandissement de la cavité cotyloïde.

DELPierre — Thèse de doctorat, 1912



Coxa vara des adolescents. (Osteïte épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur .

VIRIOT, thèse de doctorat, 1917.

La tête fémorale est souvent saine, mais elle peut aussi présenter des signes d'atrophie se traduisant, au début, par les bords limés, ce qui donne une image fort analogue à celle de la maladie en question ; mais pouvant aboutir à l'usure complète.

La différenciation semble donc, ici, assez malaisée. Il faudra procéder à un interrogatoire minutieux qui, assez souvent, accusera, en cas de carie sèche, des antécédents bacillaires. On devra également rechercher, avec soin, toutes les autres localisations bacillaires et interpréter tous les détails de l'image radiologique. Enfin la tuberculinoréaction sera également d'un grand secours quand elle pourra être pratiquée.

B) AFFECTIONS NON TUBERCULEUSES

Nous allons passer en revue, avec leurs caractères différentiels, les différentes affections, de l'articulation coxo-fémorale, qui peuvent prêter à confusion avec la maladie étudiée.

a) *Coxa vara essentielle*. — Cette maladie est due à une osteïte épiphysaire de la tête fémorale et de nature staphylococcique le plus souvent. Elle se rencontre surtout chez les adolescents âgés de 13 ou 14 ans et affectionne particulièrement les enfants de cultivateurs. La lésion peut être uni ou bilatérale.

A l'inspection, l'attitude est bien spéciale, le membre est en rotation externe et en adduction, la hanche est saillante et le grand trochanter remonté.

Lorsqu'on provoque des mouvements passifs, on constate que l'abduction et la rotation interne sont limitées ou

même empêchées et que la flexion s'arrête à angle droit.

Le col fémoral est senti, dans l'aîne, sous forme d'une saillie osseuse.

Les phénomènes douloureux sont nuls, l'état général excellent.

La radiographie montre un glissement, vers le bas, de la calotte fémorale qui est partiellement sortie de la cavité cotyloïde. L'angle d'inclinaison du col sur la diaphyse est augmenté.

b) *Coxite hyperostosante*. — Cette maladie, que beaucoup d'auteurs, et, en particulier, notre Maître rattachent à l'ostéochondrite déformante, est due au staphylocoque, entraîne quelquefois la formation de collections purulentes siégeant fréquemment au voisinage du grand trochanter.

Depuis leur apparition, les douleurs sont modérées mais continues. Dans tous les cas, l'ascension trochantérienne est plus considérable que dans la coxite sèche. L'examen des mouvements montre l'abduction limitée, mais le corps est incliné du côté sain.

La palpation de l'articulation révèle une résistance anormale montrant une augmentation du volume osseux, par rapport au côté sain. L'état général est quelque peu altéré et on constate une légère élévation vespérale de la température. L'examen bactériologique donne généralement du staphylocoque blanc. L'épreuve radiographique montre une hypertrophie considérable de toute la portion du bassin qui forme la cavité cotyloïde du côté malade ; un énorme épaissement de la tête fémorale, l'amplitude de l'angle formé par le col et la diaphyse est diminuée.



Coxite hyperostosante gauche. — FRÆLICH et WEISS. "De la coxalgie ostéomyélitique hyperostosante due au staphylocoque blanc (coxite hyperostosante)." Observation 3.

(*Revue médicale de l'Est*, 1902).

c) *Arthrite déformante juvénile.* — Uni ou bilatérale, cette maladie survient vers 4, 5 et 6 ans. Elle se manifeste pendant de longs mois, par une boiterie à peine perceptible ou par un léger balancement, qui se sont produits également après que l'enfant a déjà marché correctement pendant un an ou deux. Mais ces symptômes ne disparaissent jamais complètement ; de plus, à aucun moment, les enfants ne sont gênés au point de rester au repos spontanément.

L'examen clinique ne révèle rien, pas même d'atrophie musculaire. Quelquefois seulement, un peu de diminution de l'abduction et de la rotation interne se manifeste. L'état général est parfait, il n'y a pas de douleur.

A la radio, l'apparence générale de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale est normale, seulement le noyau osseux de cette dernière, au lieu d'être homogène et arrondi, est irrégulier et semble fragmenté en plusieurs morceaux.

d) *Ostéochondrite déformante juvénile*. — Cette affection présente des signes tellement semblables à ceux de la maladie étudiée, qu'il est très difficile de les différencier cliniquement, aussi la radiographie est-elle absolument indispensable ici. Elle nous montre, dans l'ostéochondrite, le noyau épiphysaire toujours aplati et déformé prenant tantôt l'aspect d'une calotte ou bien d'une galette, d'un croissant ou encore l'aspect fragmenté.

Le col fémoral est déformé dans toutes ses dimensions; on le trouve quelquefois raccourci, d'autrefois allongé au contraire, mais il reste toujours épaissi.

La voûte du cotyle est peu modifiée, son arc se trouve cependant quelque peu aplati, on peut également noter un épaississement et une obscurité plus intenses que normalement, mais tous ces signes sont très peu marqués.

L'espace articulaire normal parfois, se montre cependant assez souvent élargi. Voici donc une image radiographique diamétralement opposée à celle de l'affection qui nous occupe et où les anomalies les plus importantes siègent dans le cotyle tandis que la tête fémorale est à peu près normale.

Nous dirons, pour terminer, un mot de la *coxite sèche*

avec enfoncement progressif du cotyle, dont le diagnostic se fait également à la radiographie.

La radiographie montre ici de l'approfondissement marqué du cotyle qui semble céder sous la pression de la tête fémorale. Cette dernière est encastrée solidement par les bords de la cavité cotyloïde, qui sont réguliers et denses comme éburnés.

M. FRÉLICH publia récemment deux cas de cette affection et lui consacra un chapitre dans la *Revue d'orthopédie* de 1919.

CHAPITRE VI

Évolution et Pronostic

La coxite sèche avec luxation progressive aboutit presque fatalement à l'ankylose, si elle est abandonnée à elle-même, l'ankylose s'effectue en position vicieuse, en subluxation. Le pronostic est intimement lié à la proposition sus-énoncée : excellent au point de vue *quod vitam* et au point de vue de santé générale, il est plus sombre au point de vue fonctionnel, si le chirurgien n'intervient pas à temps. En effet, le membre atteint subit une perte de capacité assez sérieuse, la marche sera toujours difficile, et le malade, voué à une boiterie constante, sera obligé de renoncer à certaines professions dans lesquelles les membres inférieurs sont appelés à fournir de gros efforts.

Comme les enfants des deux sexes paient un égal tribut à la maladie, nous devons envisager, pour être complet, l'avenir obstétrical réservé aux femmes ayant subi les atteintes de la coxite sèche avec luxation progressive.

Ici, comme la lésion est apparue de bonne heure nous avons de l'atrophie du côté malade et un aplatissement du côté sain par redressement de la ligne innominée. De plus la tête fémorale, en se subluxant en haut, entraîne, avec le grand trochanter, les muscles pelvitrochantériens dont le tiraillement a pour effet d'écarter la région ischia-

tique de la ligne médiane en dehors et en haut ; ainsi, l'excavation se trouve de ce fait diminuée de hauteur et le détroit inférieur agrandi.

Les obstétriciens, nous le savons, redoutent peu les bassins pareillement viciés à moins que le rachitisme soit concomittant.

Cette dernière réserve formulée, le pronostic est donc favorable et la femme peut conduire une grossesse à bien et accoucher dans de bonnes conditions.

CHAPITRE VII

Thérapeutique

Il s'agit ici d'éviter l'ankylose en position vicieuse. Pour ce faire, il importe de réduire la subluxation, ce à quoi on arrive sans peine. Puis, on immobilise la jambe dans un appareil plâtré ou un appareil orthopédique, et en bonne position, c'est-à-dire en abduction et en rotation interne. Généralement ce traitement suffit, mais nous ne saurions trop faire remarquer que l'immobilité doit être longtemps prolongée afin de permettre à la hanche de s'ankyloser en bonne position. Sinon, on s'exposera à voir la subluxation récidiver à nouveau. Si, malgré cette thérapeutique consciencieuse, la subluxation se reproduit, il ne reste qu'une arme, mais une arme très puissante à notre disposition.

Nous voulons parler de l'ankylose définitive de la hanche malade par une arthrodèse accompagnée d'un enchevillement de la tête et du bassin au moyen d'un fragment osseux prélevé sur le tibia.

Cette opération fut récemment tentée par notre Maître, elle a donné de très beaux résultats. M. FRÆLICH en publie le compte rendu, accompagné d'un exposé très détaillé de la technique chirurgicale (dans l'observation n° 1), nous y renvoyons le lecteur.

CHAPITRE VIII

Pathogénie

Examinons, pour terminer, la maladie sous l'angle pathogénique et nous verrons que la science est encore loin d'avoir dit son dernier mot sur cette question. Maintenant, deux doctrines pathogéniques sont en opposition et rien n'a pu encore être définitivement tranché en faveur ou contre l'une ou l'autre, nous allons les examiner successivement.

I. — Théorie congénitale.

Cette théorie est soutenue par M. DENUcé et M. GOURDON, de Bordeaux. Pour eux, il s'agit d'une luxation larvée, due à une malformation congénitale du cotyle et qui, passant inaperçue, pendant les premières années, se manifeste plus tard par les signes que nous avons étudiés.

En faveur de cette doctrine, M. GOURDON, présentant trois cas, en 1906, argue qu'aucun symptôme ne peut rendre acceptable l'hypothèse d'une destruction du sourcil cotyloïdien par un processus inflammatoire ou un traumatisme, dans le premier cas, mais que, par contre, il a constaté l'hérédité, en relevant des luxations congénitales

chez la mère, une tante maternelle et une cousine germaine dans les deux autres cas. Plusieurs fois et, récemment encore, au dernier Congrès d'Orthopédie, M. GOURDON, présentant de nouveaux cas, défendit cette théorie. M. FRÉLICH, abordant cette question, au dernier Congrès d'Orthopédie, est d'avis de ne pas repousser l'hypothèse d'une malformation primitive du cotyle sans examen. Cependant, il formule, dès maintenant, une série d'objections sérieuses de nature à laisser des doutes.

Nous reproduirons son argumentation : « La luxation est indolore, même quand le déboîtement est progressif, et ce n'est que très tardivement que des phénomènes douloureux surviennent.

Ici, dès le début, alors que la tête est un peu déplacée, il y a arthrite réelle, contracture et douleur.

De plus, dans la luxation, quand vous réduisez, il vous faut un gros effort et, quand vous avez réduit, la guérison est presque toujours obtenue. Ici, au contraire, l'effort pour réduire est minime et quelle que soit la durée de l'immobilisation, l'arthrite continue. Si donc, quelques unes de ces coxites sèches avec glissement progressif sont peut-être des malformations primitives du cotyle, la plupart sont des arthrites vraies dues à une infection peut-être atténuée, mais portant sur un organisme bien armé pour la défense. »

II. — Théorie infectieuse.

a) La *tuberculose* fut invoquée par WALDENSTRÖM, il y a quelques années. Cet auteur pratiqua, sur beaucoup d'enfants atteints d'arthrites chroniques bénignes de la

hanche, la tuberculinisation à laquelle il accordait une valeur trop absolue. Mais, il est un fait acquis et, M. SORREL le fait remarquer, au Congrès d'Orthopédie de 1922, que, si une cuti-réaction négative permet d'affirmer, sauf cas tout à fait spéciaux (sujets dont l'état général est fort mauvais ou atteints d'une maladie infectieuse en évolution, en particulier de la rougeole), il n'en est plus de même pour la positivité dont la valeur est discutable, surtout chez des enfants âgés de plus de cinq ans, WALDENSTRÖM devait lui-même faire justice de son hypothèse quelque temps plus tard.

Les arguments contre cette théorie sont :

L'absence d'antécédents bacillaires, le bon état général des enfants, l'absence d'élévation thermique lors des poussées, de toute autre localisation tuberculeuse dans l'économie et du bacille de Koch dans les quelques examens pratiqués.

b) *L'hérédosyphilis* est-elle en cause ? M. A. BROCA a trouvé plusieurs réactions de Wassermann positives chez des enfants atteints d'arthrites chroniques bénignes, rappelons aussi que notre Maître a publié un cas où le traitement spécifique a donné des résultats.

Mais ce ne sont pas des raisons péremptoires pour admettre l'origine syphilitique de l'arthrite.

De plus, l'absence habituelle d'antécédents spécifiques, des stygmates de la syphilis héréditaires constituent des objections sérieuses à cette hypothèse. Il est très possible que la maladie en question se développe chez les hérédo-spécifiques et évolue pour son propre compte, sans que pour cela la syphilis soit en cause.

c) S'agit-il d'une infection microbienne banale avec réaction inflammatoire de l'articulation ? les réactions

osseuses se manifestant à la radiographie, par l'ossification du cartilage en Y, en particulier, permettent de le supposer ; mais nous ne pouvons que poser la question sans la résoudre, les examens bactériologiques, rares, il est vrai, faits jusqu'à maintenant et notamment celui dont nous publions le résultat, s'étant montrés systématiquement stériles.

d) Serait-ce le lieu de se demander si la coxite sèche avec luxation progressive est due à une lésion inflammatoire sous la dépendance de troubles endocriniens. M. FRÉLICH posa la question à deux reprises : au Congrès d'Orthopédie de 1922 et dans un récent travail. Notre Maître a rencontré l'affection en question chez trois malades où coexistaient également la cryptorchidie et le type adiposo-féminin ; KIRMISSON a signalé aussi cette coïncidence. Ces faits plaident en faveur de l'hypothèse émise, mais, comme le fait remarquer notre Maître, nous ne faisons ici que reculer la difficulté, car les glandes endocrines n'agissent que sollicitées par les grandes causes des lésions osseuses : tuberculose, syphilis, toxi-infection ou rachitisme tardif, auxquelles on vient se heurter en dernière analyse.

Que conclure de cet exposé, si ce n'est que l'état actuel des recherches est encore trop peu avancé pour que nous puissions nous prononcer ? Disons toutefois, dès maintenant, que si la théorie congénitale apparaît comme plausible dans quelques cas, elle est nettement insuffisante pour d'autres, il faut donc admettre aussi l'existence d'une infection. Peut-être la vérité réside-t-elle dans une doctrine plus éclectique, ne serait-il pas possible, en effet, que, la malformation du cotyle existant primitivement, la hanche ainsi atteinte devienne un *locus minoris resistentiae*

attirant ainsi une infection de nature indéterminée encore jusqu'à maintenant ? Encore une fois, nous ne pouvons que poser ce problème, laissant à la bactériologie et à la pathologie expérimentale le soin de se prononcer.

Conclusions générales

I. — Les coxites sèches avec luxation progressive constituent une entité morbide différenciable des autres arthrites chroniques bénignes de la hanche par des signes cliniques et surtout des signes radiographiques très nets.

II. — De caractère essentiellement bénin, cette affection ne laisse à redouter que la luxation progressive et l'ankylose en position vicieuse, vers laquelle elle évolue fatalement, si elle est abandonnée à elle-même.

III. — Le traitement devra viser à favoriser l'ankylose en bonne position et, pour cela, aura recours à la simple immobilisation, longtemps prolongée, dans un appareil plâtré ou orthopédique, ou, si cela ne suffit pas, à l'arthrodèse de la hanche avec enchevillement.

IV. — La pathogénie de la nouvelle maladie est encore obscure ; toutefois, par un examen clinique et radiologique bien conduit en interprétant tous les symptômes, on se rend compte que doit exister une infection larvée présidant à ces phénomènes morbides ; infection dont l'agent est encore inconnu et qui agit *peut-être* par ses toxines.

Vu :

Nancy, le 21 juin 1923.

Le Président de la Thèse,

FRÆLICH.

Vu :

Nancy, le 21 juin 1923.

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer ;

Nancy, le 22 juin 1923,

Le Recteur de l'Académie,

CH. ADAM,

Membre de l'Institut.

Index Bibliographique.

- ALAPY (H.). — Die Endergebnisse der Konservativen coxites und Gonitisbehandlung (*Ztschr. f. Orthop. Chir.*, Stuttg., 1910, XXVII, 243-278).
- ALBEE. — Operative treatment (arthrodesis for osteoarthritis of the hip (*Ann. J. Surg. N. Y.*, 1921, XXXV, 296-299).
- BORCHARD. — Zur frage der deformierenden Entzündung (Arthritis deformans des Hüftgelenks bei Jngendlichen individuen (*Deutsche Ztschr. f. Chir.*, Leipz., 1906, XXXV, 74-92).
- BRANDES (M.). — Ueber Spätdeformationen bei repointerter Kongenitaler Hüftgelenksluxation und ihr Verhæltis zum Krankheitsbilde der Osteochondritis deform. Juvenil (*Ztschr. f. Orthop. Chir.*, Stuttg., 1915, XXXV, 274).
- BARDELLINI (D). — Osteoarthrite deformante giovanile dell'anca (O. A. D. G. A.), (*Arch. di Orthop.*, Milano, 1920. XXXVI, 3-109, 6 pl.).
- BROCA (A.). — Arthrites non tuberculeuses de la hanche (*Presse Méd.*, Paris, 1922, XXX. 941-943).
- CHIZH (S. F.). — Operative treatement of deforming inflammation of the hip-joint (*Russk. Khirurg. Obozr.*, Mosk., 1903, i, 593-598).
- COLLEN (H.). — A propos de l'Osteochondrite ; présentations de documents concernant les cotyles normaux et anormaux (*Bulletin et Mém. Soc. de radiol. méd. de France*, Paris, 1921, IX. 173).

DURANTET. — Contribution à l'étude clinique de la carie sèche de la hanche (Thèse, Lyon, 1910).

DEPIERRE. — Considérations sur les arthrites tuberculeuses à forme de carie sèche chez les enfants (Thèse de Nancy, 1912).

P. DESPORTES. — Pseudo-coxalgies (coxalgies de croissance), Thèse, Lyon, 1899 et in *Rev. d'Orthop.*, 1900, p. 1417).

FREELICH. — Coxite hyperostosante (*Revue médicale de l'Est*, 1902, p. 645).

— Des coxites et coxalgies frustes de l'enfance. ce qu'elles deviennent dans le service militaire (*Revue de Chirurgie*, mars-avril 1917).

— A propos des arthrites non tuberculeuses de la hanche (Congrès d'Orthopédie de 1922. — *Revue d'Orthop.*, nov. 1922).

— Des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche du jeune âge ou coxites de croissance (*Revue de Chirurgie*, 1923).

FREIBERG (A. H.). — Congenital maladjustment of both hips. *Lancet-Clinic*, Cincin., 1916, CXV, 587.

GÉRARD (Charles-Maurice). — Des différentes variétés cliniques et anatomiques (radiographiques) des affections tuberculeuses de la hanche. (Thèse, Nancy, 1912).

GOURDON. — Trois cas de malformations congénitales atténuées de la hanche. Signes cliniques et traitement (19^e Congrès de Chir., 1906, p. 491-494).

GUERMONPREZ et GILBERT. — Coxopathie par ostéite sèche, douloureuse du col fémoral des jeunes campagnards (*Journal des Sciences médicales de Lille*, Imprimerie Morel, 1901).

HOWEL (B.-W.). — Case of arthritis of both hips. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, Lond., 1921-22, XV, sect., surg., 12).

- HOKE (M.), — Toxic arthritis of the hip-joint in children. (*Ann. J. Orthop. Surg.*, Phila., 1909-10, VII, 44-56. [Discussion], 100-102).
- KIRMISSON. — Forme fruste ou anormale de la coxalgie (*Rev. méd.*, Paris, 1904, XIII, 311-313).
- KEPPLER (W.) et ERKES (F.), — Ueber die Weit der tuberkulinherdreaktion für die diagnose unklarer Hüftgelenkserkrankungen. (*Arch. f. Klin. Chirur.*, Berlin, 1914, cir. 800-830).
- KNORP (F.-F.). — Congenital malformation with dislocation of hip. (*Pacific. M. J.*, San-Fran., 1917, IX, 494-496).
- KIRMISSON. — Forme fruste de la coxalgie (*Bulletin médical*, 4 mai 1904).
- LORENZ (A.). — Einige Urteile über meine vereinfachte mechanische behandlungsmethode der coxitis; Zugleicheine antwort auf Vulpius artikel; « Indicatio morbi und indicatio orthopædica. (*Ztschr. f. orthop. Chir.*, Stuttg., 1907, XXIV, 513-529).
- (Offener brief an Herrn Vulpius [Über die Coxitis-therapie]. *Ztschr. f. orthop. Chir.*, Stuttg., 1910, XXVI, 679-686).
- MOUCHET (A.) et LEFRANCE. — Ostéoarthrite coxo-fémorale déformante de nature indéterminée. (*Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1919, XLV, 626).
- MARAGLIANO. — Nuovi punti d'appoggio nelle lussazioni da coxite. (*Riforma méd.*, Napoli, 1919, XXXV, 918).
- MÉNARD. — Fausses coxalgies (arthrites passagères, ostéïte juxta-coxale non suppurée, coxa vara, fracture du col fémoral), in coxalgie et Tub. juxta-coxale (23^e Congrès français de Chirurgie, 1910, p. 1027).
- Tuberculose bénigne des grandes articulations (17^e Congrès de Chirurgie, 1904, p. 745).
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902.

- PREISER. — Sogenannte Osteoarthritis deformans coxae idiopathica juvenilis (*Deutsche med., Wchnschr.*, Leipzig u. Berlin, 1907, XXXIII, 1882).
- ROLL. — Remarks on arthritis deformans and other deformities of the hip-joint (*Tidsskr. f. d. norske Lægefor.*, Kristiania, 1919, XXXIX, 521-528).
- RANZEL (F.). — Fœtale coxitis und Kongenitale Luxation. (*Beitr. Z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Iéna, 1920, LXVII, 57-70).
- RICHIER. — Thèse de doctorat, Nancy, 1923.
- SAXL (A.). — Die beuge Adduktionskontraktur bei Koxitis (*Wien. Klin. Wchnschr.*, 1907, XX, 911-916).
- SAARFELS. — Ueber Coxitis (*Saint-Petersb. méd. Wchnschr.*, 1909, XXXIV, 89-91).
- SALAGHI (M.). — Nuovo segno per la diagnosi iniziale della coxite. (*Arch. di orthop.*). Milano, 1908, XXV. 262-266).
- SAVARIAUD. — Les causes de le boiterie chez l'enfant. (*Journ. de Méd. de Paris*, 1909, t. 22, p. 91)
- SORREL (E.). — Arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant (*Bull. Méd.*, Paris, 1922, XXXVI, 899-903. — Also: *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1922, XCV, 1303-1305. Also: *Presse médicale*, Paris, 1922, XXX, 895. Also: *Revue d'orthop.*, nov. 1922).
- VON MOSETIG-MOORHOF (R.). — Koxitis (*Wien. med. Presse*, 1906, I, 241-244).
- VULPINS (D.). — Zum Streit über coxistherapie; eine Entgegnung an Lorenz (*Zeitschr. f. orthop. Chir.*, Stuttgart, 1910, XXVI, 386-391).
- WALDENSTRØM. — Die Herdreaktion auf tuberkulin bei des Coxitis (*Zeitschr. f. orthop. Chir.*, Stuttgart, 1910, XXVI, 623-642).
-

Table des matières

AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	9
DÉFINITION.....	11
CHAPITRE I — Historique.....	13
CHAPITRE II — Étiologie.....	17
CHAPITRE III — Anatomie pathologique.....	19
CHAPITRE IV — Symptomatologie — Radiologie.....	21
CHAPITRE V — Diagnostic.....	35
CHAPITRE VI — Évolution et pronostic.....	45
CHAPITRE VII — Thérapeuthique.....	47
CHAPITRE VIII — Pathogénie.....	49
CONCLUSIONS GÉNÉRALES.....	55
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	57

IMPRIMERIE M. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES, NANCY.

6-1923.
